

様式第4号

介護保険被保険者証等再交付申請書

東三河広域連合長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者	被保険者番号					※該当する部分の□にレをつけてください
	個人番号					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
住所	〒 -					
	電話番号(- - -)					
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		<input type="checkbox"/> 被保険者との続柄		
	住所 (事業所の場合は事業所名も記入)	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 - 電話番号(- - -)				
再交付する証明書		<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証		
		<input type="checkbox"/> 資格者証	<input type="checkbox"/> その他()			
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失・焼失	<input type="checkbox"/> 破損・汚損	<input type="checkbox"/> 郵便未着		
		<input type="checkbox"/> その他()				

●窓口処理欄（以下は記入しないでください）

申請者	確認点	1 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	2 <input type="checkbox"/> 医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 介護保険関連証書(保・割・限) <input type="checkbox"/> 年金手帳又は基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> その他()	
	書類点			
確認方法		<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
代理権※	確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者の医療保険の資格情報が確認できるもの <input type="checkbox"/> 被保険者の介護保険関連証書 <input type="checkbox"/> 委任状(原本添付) <input type="checkbox"/> 後見等登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 後見等審判確定証明書 <input type="checkbox"/> その他()		※成年後見等の登記事項証明書及び審判確定証明書については、複写の添付必須。
	確認方法	<input type="checkbox"/> 複写添付 <input type="checkbox"/> 目視(証番号等:)		
交付方法		<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送		

※申請者が本人の場合、代理権の確認は不要